

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

THÈSE 305

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Joseph ROSENBLATT

Né le 7 avril 1911, à Dobromil (Pologne)

A propos du suicide en médecine mentale

Président de Thèse : M. H. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59. Boulevard Saint-Michel, 59

1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Joseph ROSENBLATT

Né le 7 avril 1911, à Dobromil (Pologne)

A propos du suicide en médecine mentale

Président de Thèse : M. H. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59. Boulevard Saint-Michel, 59

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
DESGREZ.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CHEVASSU.
ROUSSY
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-LAVASTIN
FIESSINGER.
Maurice VILLARET.
LOEPER.
CARNOT.
CLERC.
Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGEANT.
BEZANÇON.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.
MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) .. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) .. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL ... Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy).. Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETITDUTAILLIS Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE ... Médecine Légale
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 BEZANÇON (J.) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE			
RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-VALENSI

Qui nous a inspiré ce sujet et qui
nous a aidé par ses précieux conseils.

Qu'il accepte ici l'expression de
notre gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS ET DE BORDEAUX

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de traiter notre sujet d'une façon complète ni de soumettre les faits que nous citons à une analyse critique serrée. Il faudrait remplir des volumes pour cela.

Nous essayons simplement de condenser un certain nombre de données classiques et récentes qui mettent en relief quelques aspects d'un sujet passionnant.

On définit le suicide couramment comme une autodestruction — c'est là une définition très générale.

Le suicide des aliénés peut-il être considéré comme un de ces phénomènes si courants dans la nature et qui concourent à la loi de la conservation de l'espèce ? L'aliéné, donc l'individu asocial ou antisocial, l'individu dégénéré rend-il vraiment souvent un service à la collectivité en se supprimant ?

Il reste certain en tout cas que le rôle du médecin ne peut être qu'humain.

Il a le devoir comme l'a soutenu le Professeur Achard dans sa communication à l'Académie de médecine « — de conserver la vie humaine même contre la volonté de celui qui a résolu de la perdre. »

Quelquefois on a observé des cas d'individus qui ont occupé avant l'attaque sournoise ou violente de la folie une situation très brillante et comportant de graves responsabilités dans notre société. Dans une transformation brutale de leur vie psychique ils ont été poussés vers la folie d'abord et au suicide ensuite. Nous assistons alors

à la fois à un drame social et à une tragédie individuelle.

Souvent ces individus exceptionnellement doués et dont l'intelligence dépasse largement le niveau moyen se sont sentis seuls et isolés un jour. Il y a eu rupture de l'équilibre individuel vis-à-vis de la collectivité. C'est là qu'il faut rechercher la racine principale du mal qui devait les emporter.

REMARQUES ETIOLOGIQUES ET A PROPOS DU MECANIOME

C'est dans la *mélancolie* que l'on observe le suicide le plus souvent. Tous les auteurs et toutes les statistiques sont d'accord à ce sujet.

Ce suicide a lieu surtout au début et à la fin de la période de dépression. C'est un suicide par délivrance qui doit mettre fin à la douleur.

Un facteur dominant est l'idée de la culpabilité. Le mélancolique veut expier. Il se croit si coupable, sa faute ou ses fautes si impardonnables qu'il finit par douter comment un être arrivé à une déchéance aussi complète peut conserver la faculté de vivre.

« Je ne vis plus », se dit-il.

Et pour se le prouver il commet une tentative de suicide suivie de succès habituellement.

L'idée du suicide est extrêmement tenace chez le mélancolique. C'est un malade qui met tout en œuvre pour attenter à ses jours. Il organise sa tentative de suicide souvent avec une précision remarquable et arrive quelquefois à tromper une surveillance très serrée. Obsédé par le besoin de la mort il se tue parfois pendant la nuit et dans d'autres cas — extrêmement fréquents d'ailleurs — au cours d'un raptus anxieux, le matin. Nous reviendrons ailleurs à ce sujet.

C'est un suicide impulsif avec conscience de l'acte mais non de son caractère pathologique.

Mais ce qui imprime au suicide du mélancolique son caractère antisocial si violent c'est le meurtre altruiste et le meurtre suicide.

Le mélancolique qui tue ses enfants, ses proches parents et ses amis pour les empêcher de lui survivre dans un monde où l'on est tellement malheureux commet un meurtre altruiste.

Dans l'autre variété, le mélancolique devient meurtrier et ne cherche la mort que dans le châtiment prévu de son crime.

Deux observations illustrent d'une façon remarquable, d'une part la grande tenacité de l'idée de suicide et d'autre part l'ingéniosité que montrent les malades à tromper toute surveillance. Les deux tentatives de suicide que nous signalons ont eu lieu, en effet, dans une maison de santé.

Dans le cas observé par le Dr A. Rodiet il s'agissait d'une aliénée qui comme l'indique le certificat du Dr Privat de Fortuné était atteinte de « dégénérescence mentale avec alternatives d'excitation et de dépression. Dans les phases de dépression elle souffrait de préoccupations hypochondriaques et d'idées de suicide ».

Cette malade a fait une tentative de suicide par déglutition volontaire d'un fragment d'os de côtelette. L'intervention opératoire était suivie de succès. La malade survécut.

On peut rapprocher les faits publiés dans cette observation à l'anamnèse d'une autre aliénée qui elle a succombé à sa tentative. Ce cas fut rapporté par M. Allamagny à la Société de Médecine Légale.

La malade, une élégante Parisienne, âgée de 43 ans, était atteinte de la psychose maniaque dépressive avec

idées hypochondriques et de persécution. Après avoir fait quatre tentatives sérieuses de suicide par revolverisation, par pendaison, par ouverture des veines du poignet et par absorption massive de médicaments, elle a avalé une brosse à dents et est morte malgré l'intervention chirurgicale consécutive.

Les *maniaques* en se tuant ne réfléchissent pas. C'est un suicide accidentel involontaire. Citons l'exemple du malade qui croyant ouvrir la porte de son appartement, ouvre la croisée et se précipite ayant voulu descendre les escaliers.

Dans la phase dépressive de la psychose maniaque dépressive le malade désire la mort. *L'obsédé anxieux* au contraire combat de son mieux son obsession; il ne cède parfois que fatigué par la lutte.

L'acte reste sinon toujours du moins dans la grande majorité des cas conscient et si la tentative échoue le malade est capable d'expliquer la genèse de celle-ci.

Fribourg Blanc et P. Masquin relatent le cas d'un obsédé anxieux qui réalisa une tentative de suicide dans un état second du type somnambulique. L'inconscience ne paraît pas avoir été complète car le matin au réveil le malade se rappelle les faits qu'il croit avoir rêvé. Il éprouve le besoin de les contrôler et c'est ainsi qu'il se rend compte que son rêve avait été une réalité. Ajoutons que ce malade ne présentait aucun symptôme d'épilepsie

Le Professeur H. Claude et P. Masquin ont eu occasion d'observer un débile psychasthénique qui présentait par ailleurs quelques phénomènes obsessionnels. Ce malade a fait deux tentatives de suicide qui ont été effectuées également dans un état second mais qui étaient

suivies d'amnésie totale. Signalons que ces tentatives ont eu lieu à la suite de chocs émotionnels assez forts et que le malade n'avait pas d'antécédents épileptiques.

Pour expliquer ces actes automatiques coordonnés et non épileptiques P. Janet invoque la **psycholepsie** ou la chute de la tension psychologique.

Ces faits ont une **grande importance médicolégal**e et thérapeutique; on ne les observe cependant que très rarement en dehors de l'épilepsie.

Le spleen, cette affection mentale à propos de laquelle Le Savoureux a fait une étude magistrale s'accompagne toujours de tendances au suicide. Il s'agit alors d'un dégoût non motivé de la vie, d'un état d'ennui chronique morbide qui est le plus souvent constitutionnel et qui marche de pair avec une altération de l'instinct de conservation.

On a signalé des cas de *suicide héréditaire* qui sont peut-être partiellement d'origine obsessionnelle. Plusieurs membres d'une même famille se suicident, le fait est frappant : au même âge, au même lieu et de la même manière.

En dehors des cas exceptionnels que nous avons cités plus haut, l'obsédé qui commet une tentative de suicide est conscient de l'acte et de son caractère pathologique.

A propos du *suicide des déséquilibrés*, M. Lévy Valensi cite le cas d'un jeune *mythomane vaniteux* qui après avoir convié ses meilleurs amis à une fête se brûle la cervelle avec une balle de revolver et s'écroule au milieu d'un amas de fleurs qu'il a fait porter sur son lit.

Ce goût théâtral dans la mise en scène s'observe éga-

lement parfois chez les *hystériques*. La malade hystérique cependant ne veut pas se tuer réellement. Elle veut plutôt simuler son suicide. Mais quelquefois elle dépasse son but et se tue par maladresse.

L'alcoolisme constitue un facteur d'une importance capitale.

Tout d'abord le fait suivant mérite notre attention : Certains malades mélancoliques chez lesquels l'aboulie s'oppose à leur désir d'autodestruction cherchent dans l'absorption de grandes quantités d'alcool la force nécessaire de se supprimer.

Dans l'ivresse il s'agit très fréquemment d'un suicide accidentel par immersion. Celui-ci ne se produit d'ailleurs que rarement, d'où provient, sans doute, l'aphorisme : « Dieu protège les ivrognes ».

On raconte à ce sujet une anecdote célèbre. Boileau invitait un jour Racine, La Fontaine et Lachapelle à un dîner somptueux dans sa maison d'Auteuil. On mangeait et buvait, on buvait surtout, si bien qu'à une heure avancée de la nuit l'hôte et les invités étaient en état de légitime ivresse. Un membre de cette illustre compagnie proposa alors qu'on mette fin une fois pour toutes à la vie. Et tous les quatre se dirigèrent alors vers la Seine pour réaliser ce projet funeste. C'est à ce moment qu'un d'eux objecta qu'il valait mieux attendre la lumière du jour pour réaliser une « aussi belle action » suggestion qui fut acceptée. Le lendemain alors que les effets de l'alcool s'étaient dissipés il n'était heureusement plus question du projet initial.

En cas de délire alcoolique aigu le malade peut se suicider sous l'empire d'hallucinations visuelles terribles.

On n'a que très exceptionnellement signalé le suicide de déments alcooliques. Il n'est pas rare par contre d'observer des cas de suicide commis par des alcooliques dégrisés. Ceux-ci ressentent un dégoût violent de la vie quand ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent pas renoncer à leur vice.

L'individu normal peut s'adapter au monde extérieur. Le *délirant*, comme l'a montré Halbwachs, adapte le monde extérieur à soi même et interprète les événements de telle façon qu'ils expliquent sa souffrance et son inquiétude.

Le suicide des *persécutés* est rare. Parfois il s'agit d'un suicide défensif. D'autres fois c'est un suicide par obéissance; le malade est sous l'empire d'hallucinations auditives; il entend des voix qui décrètent son suicide. Dans d'autres cas, enfin, surtout si un délire hypochondriaque s'ajoute à son délire de persécution, le malade peut attenter à ses jours pour ne plus souffrir.

Ces malades ne parlent pas de leurs projets. Leur famille ignore habituellement tout ce qui concerne leurs idées de suicide.

Tout au début les malades atteints de *paralysie générale* peuvent conserver leur autocritique et se tuer par désespoir craignant l'évaluation inexorable de cette maladie. Depuis la merveilleuse découverte de la malariathérapie ce suicide est devenu encore plus rare. Le sociologue anglais Sir Hubert Bond voit juste s'il admet que les progrès de la thérapeutique en Médecine mentale vont avoir une influence décisive sur la diminution du nombre des suicides.

A la période dementielle confirmée, le paralytique

général se tue pour des motifs futiles et en choisissant des procédés absurdes.

Le plus souvent il s'agit d'ailleurs dans ce cas d'un suicide raté.

M. Lévy Valensi cite l'observation pittoresque d'un malade atteint de paralysie générale qui avait l'intention de se jeter dans la Seine mais qui renonce à sa tentative car il s'était rappelé au moment décisif que son médecin lui avait déconseillé les bains froids.

Dans la *démence précoce* le suicide reconnaît habituellement une cause puérile. Ces malades se tuent le plus souvent soit à la suite d'une impulsion simple, soit à la suite d'une impulsion obsession.

Chez les *idiots, les imbéciles et les débiles*, l'instinct de conservation est très peu développé. L'impulsion d'autodestruction y trouve donc un terrain propice.

Le *suicide chez les enfants* est un problème d'une importance sociale particulière. A côté du terrain héréro-syphilitique et les stigmates d'une hérédité neuropathique, on note ici l'influence néfaste de certaines pièces de cinéma et d'une certaine littérature sur l'esprit mal équilibré et extrêmement suggestible de l'enfant. Les pouvoirs publics pourraient jouer un rôle utile à ce sujet.

L'enfant souffre également de réactions affectives très intenses. Il est par conséquent difficile pour une intelligence adulte d'apprécier le degré de leur douleur et de leur désespoir qui sont souvent causés par une raison futile.

Le *suicide des épileptiques* peut avoir lieu pendant la crise. Cet acte est dû à un réflexe impulsif et inconscient. Si la tentative n'aboutit pas le malade ne se souvient

plus de rien ; il y a amnésie totale. Quelquefois le malade attende à sa vie au cours d'un équivalent et plus rarement enfin il est conscient de sa maladie et se tue par désespoir.

Le *toxicomane* se suicide parfois en cas de besoin. Il se tue aussi quand il ne peut plus supporter le poids de la conscience de sa propre déchéance. Notons à ce propos le danger barbiturique dont le nombre des victimes ne se compte plus et ne cesse de s'accroître.

H. Clark, dans une étude sur les motifs inconscients du suicide qui a paru dans le *New-York Medical Journal* met quelques aspects nouveaux du problème en évidence qui résultent de l'étude de la psycho-analyse.

Le suicide paraît ainsi comme la conséquence et la solution d'un conflit inconscient. Il y a conflit entre deux tendances dont un facteur est l'instinct de la conservation. La solution est l'autodestruction qui supprime le conflit.

Un fait curieux résulte de l'étude d'un grand nombre d'observations recueillies par le même auteur. Le psychopathe qui s'est suicidé aurait souhaité intensément la mort d'une autre personne avant d'attenter à ses propres jours.

Beaucoup d'actions qualifiées d'héroïques et dont l'analyse psychologique s'avère complexe et variable dans chaque cas individuel seraient motivées en partie par un suicide composant (suicide component).

M. Halbwachs, élève du Professeur Durkheim, dans son étude : « Le Suicide et les Maladies mentales » rejoint l'opinion de M. Janet pour lequel le suicide est toujours une forme morbide de la réaction de l'échec.

La fréquence du suicide chez les aliénés s'explique-

rait de la façon suivante : « L'homme normal est adapté au milieu normal. Le malade mental est mal adapté aux conditions au milieu normal; il est par conséquent un des victimes du déclassement social ». Le déclassement social serait un facteur d'une importance primordiale et qui marche de pair avec un déséquilibre nerveux croissant.

A. Delmas insiste avec véhémence sur le facteur de la « prédisposition anxieuse » qui selon lui est essentiel et conclut comme la majorité des psychiatres : « Ne se suicide pas qui veut; ne se suicident que les aliénés et les prédisposés », en même temps qu'il combat violemment les opinions des sociologues.

Ch. Blondel dans son ouvrage, relativement récent, essaie de concilier la thèse sociologique et la thèse psychiatrique qui d'après lui doivent se compléter et non se combattre.

Insistons enfin de nouveau sur le rôle capital de l'impulsivité que nous avons mentionné à différentes reprises, impulsivité qu'il importe de rechercher chaque fois dans les antécédents des malades qui souffrent d'une affection mentale.

LE POINT DE VUE MEDICO-LEGAL

Le 21 janvier 1790, le fameux D^r Guillotin intervint dans le débat de l'assemblée nationale pour faire voter une loi aux termes de laquelle le suicide ne devait plus être considéré comme délit en France. Dans les autres

pays, à l'exception de l'Angleterre où le suicide est toujours considéré comme crime et puni par conséquent, on a observé une évolution analogue.

Il importe souvent pratiquement de tracer une limite entre ce que l'on a coutume de désigner comme suicide normal et le suicide pathologique.

Le suicide normal existe-t-il ? Si nous envisageons le suicide d'un individu normal qui n'a jamais présenté de tares psychiques pouvant faire prévoir une maladie mentale ultérieure, rien ne prouve, qu'il ait accompli cette capitulation ultime avec lucidité et en pleine possession de ses facultés psychiques. Il était peut-être inconscient au moment de l'exécution de cet acte ou encore il l'exécutait dans un état second voisin de celui qu'on observe parfois chez les obsédés anxieux.

C'est ainsi que certains auteurs nient la possibilité du suicide normal et admettent que chaque suicide est pathologique.

Remarquons à ce propos quelle conclusion Pfeiffer pensait pouvoir tirer de ses travaux. Ce savant après avoir pratiqué l'autopsie de 600 personnes qui se sont suicidées a constaté d'une façon constante la présence de lésions intracrâniennes et en concluait qu'un homme sain a l'instinct de conservation si développé que l'autodestruction devient impossible.

Mais ces lésions intracrâniennes ne sont elles pas les plus souvent dues aux altérations post-mortem ?

Et d'autre part — le père de famille qui se tue pour sauver une partie de la fortune de sa femme et de ses enfants — le général japonais qui ne voulait pas survivre la mort de son empereur — sont deux exemples qui prouvent qu'à côté de cas où le motif du suicide paraît

insuffisant et qu'on peut ranger dans le domaine du suicide pathologique, il existe un suicide volontaire et motivé et où les motifs apparaissent comme valables et raisonnés. Ces cas nous les considérerons comme faisant partie du suicide normal. (Suicide vulgaire de Laignel-Lavastine).

A la limite qui sépare le suicide normal du suicide pathologique on peut décrire les suicides collectifs dont une variété importante est le suicide à deux. Celui-ci comme il reconnaît le plus souvent l'amour comme motif est encore appelé suicide des amoureux. Ces suicides passionnels dont la fréquence défraie la chronique des journaux quotidiens sont habituellement organisés et précédés d'un repas copieux et du coït. Fait frappant le mâle se manque très souvent.

Signalons, à ce propos, qu'il convient d'attacher, en général, une grande importance au rôle de la sexualité et de ses perversions si celles-ci existent.

M. Ivan Stchoukine insiste dans son livre : « Le suicide collectif dans le Raskol Russe » sur quelques faits intéressants dont l'étude appartient à la fois à l'historien, au sociologue, au magistrat et au médecin. Ces suicides collectifs se sont produits avec une fréquence extrême au xvii^e et au xviii^e siècle et ont été prêchés par des prêtres appartenant à différentes sectes. Ceux-ci préconisèrent différentes techniques : La mort par le feu, par la noyade, par l'inanition et plus rarement par le fer. C'est ainsi que périrent des milliers de personnes, hommes, femmes et enfants — « pour racheter les péchés par une pénitence entière qui purifie les âmes et mène droit au paradis ! »

Si nous considérons le suicide collectif en tant qu'un

phénomène historique et social, nous pouvons concevoir que, s'il se reproduisait, cette reproduction subirait de profondes modifications dues aux temps écoulés et aux nouvelles conditions de vie. Le phénomène du suicide pathologique est moins sujet à des changements. Les hallucinations des alcooliques, par exemple, restent pendant des siècles identiques et stéréotypées.

On a signalé le fait intéressant que ce n'est habituellement pas au cours de la souffrance que beaucoup de personnes, atteintes d'une affection très douloureuse, attendent à leurs jours. C'est « la peur de la souffrance » qui apparaît chez ces malades comme facteur déterminant. Une exception qui a trait à ce sujet est représentée par la « névralgie du trijumeau ». Les malades qui souffrent de cette affection se suicident souvent, en effet, pendant la crise, au moment même où ils sont la proie de douleurs atroces. (Förster.)

Un autre fait, qui est d'une importance médico-légale capitale, mérite notre attention. On peut, en tenant compte de la manière qu'a choisi l'aliéné pour attenter à sa vie, préciser le diagnostic de la cause pathologique. C'est ainsi que la castration et l'auto-mutilation font penser au mysticisme, le suicide raté à la paralysie générale et la recherche de simuler à l'hystérique. Si l'on est en présence d'une mise en scène théâtrale, on s'oriente vers le diagnostic de la mythomanie vaniteuse. (Lévy Valensi.)

Signalons le rôle important que joue l'imitation et la contagion dans la genèse du suicide. C'est ainsi que plusieurs personnes se suicident quelquefois aux mêmes endroits de la même façon et à des intervalles plus ou moins rapprochés. Au Japon, les amoureux malheureux

se suicident suivant une tradition séculaire en se jettant dans le cratère d'un volcan devenu célèbre. C'est aussi et surtout dans « les suicides dans l'armée », sans compter les cas nombreux que relatent les « faits divers » des journaux que nous retrouvons ces facteurs qui atteignent une intensité remarquable dans les suicides collectifs.

On conçoit aisément que la tâche du médecin légiste qui est en présence du problème ou diagnostic différentiel entre crime, accident et simulation est souvent particulièrement pénible.

Tous les indices qui peuvent orienter l'explication du suicide vers un but utilitaire (contrats d'assurance, etc.) doivent être notés avec soin. Il est nécessaire aussi de soumettre les écrits des personnes qui se sont suicidées à un examen minutieux.

Nous avons essayé de faire allusion dans ce modeste aperçu à propos du suicide en médecine mentale au grand nombre et à la grande variété des problèmes qui sont liés à cette question. Quelques-uns de ces problèmes sont particulièrement délicats, car ils se rattachent aux mécanismes complexes conscients et inconscients de la vie psychique dont l'étude, pleine d'attrait et de mystère, a depuis toujours passionné l'humanité.

OBSERVATIONS

En ce qui concerne les suicides dans la mélancolie, il faut attacher une importance capitale aux réactions anxieuses subites. L'observation suivante illustre ce fait.

I. — Tentatives de suicide chez une malade atteinte d'un état de dépression mélancolique au cours d'un raptus anxieux. (Observation inédite.)

La malade N..., employée dans un ministère, âgée de 34 ans, entre dans le service de M. le Professeur Claude le 15 mars 1936. Le certificat qui a motivé son entrée signale un état de dépression nerveuse et deux tentatives de suicide très sérieuses (une première fois par strangulation et défenestration au cours d'un raptus anxieux pendant la nuit; une deuxième fois, trois semaines après, le 20 février 1936, par ouverture des vaisseaux fémoraux et des vaisseaux du pli du coude à l'aide d'un rasoir.

Antécédents héréditaires :

- Le père est mort de tuberculose pulmonaire.
- Deux sœurs sont mortes tuberculeuses.
- Une sœur est soignée actuellement pour la même maladie (pneumothorax).
- La mère, ainsi que deux frères sont bien portants.

Antécédents personnels :

- A l'âge de 17 ans, la malade a contracté la syphi-

lis; à cette époque, elle est soignée et hospitalisée à l'hôpital Saint-Louis (deux séries de piqûres : Novarsenobenzol et cyanure de mercure). Elle n'a pas subi d'autres traitements depuis.

— Elle n'a pas d'enfants.

— Elle aurait provoqué plusieurs fausses couches.

— Les deux dernières années, elle a considérablement maigri.

La malade se présente très pâle. Elle a perdu beaucoup de sang au cours de sa dernière tentative de suicide. Du reste, l'examen viscéral ne révèle rien d'anormal. Les reflexes pupillaires sont normaux. On ne note que des reflexes tendineux un peu vifs, ainsi qu'un léger tremblement lingual.

Pourquoi cette jeune femme voulait-elle se suicider ? A partir de quel moment l'idée de l'auto-destruction germait et se développait-elle dans son esprit ?

Elle a subi dans sa vie des chocs émotionnels assez violents. Avant de connaître son mari actuel, elle a eu trois amants. A l'âge de 21 ans, elle s'est mariée. A cette époque, son mari ignorait son passé.

« Je ne peux pas dire que j'aime mon mari, dit-elle. Il ne m'attire pas physiquement; j'ai néanmoins pour lui une affection sincère. »

Depuis quinze ans, elle travaille comme employée dans un service administratif.

En 1934, elle se présente au concours d'agent technique. A ce moment, elle s'est adressée à un sous-chef de bureau qui devait la recommander à son jury. Malgré cette recommandation, elle a échoué.

Cet employé est devenu son amant.

« Mais, ajoute-t-elle, je n'ai couché qu'une seule fois avec lui. »

Depuis ce moment, une profonde transformation s'opère dans sa vie psychique.

La malade s'exprime ainsi :

« Cet homme m'attire et cependant je ne sais pas si je l'aime. Je l'aime et je ne l'aime pas. Il agit sur moi à distance et m'oblige à penser à lui. Il m'envoie des pensées. Il me parle. Je l'entend dire des choses désagréables et il me fait même éprouver des sensations génitales à distance. »

Les paroles de la malade deviennent hésitantes. Elle paraît réfléchir avant chaque réponse. Son regard exprime une lassitude extrême. Faisant visiblement un effort, elle dit à voix basse : « Je ne peux pas causer, cela me fait mal quand je parle ».

Puis elle continue : « C'est ainsi que je suis devenu de plus en plus triste sans savoir pourquoi. Je travaillais mal. J'ai ri souvent sans motif devant mes chefs. Je n'avais pas l'idée de m'excuser. Ce n'est que quelque temps après que je commençais à regretter de leur avoir manqué de respect. »

Le 27 janvier dernier, elle a eu son dernier rendez-vous avec le sous-chef de bureau.

Le même soir, en rentrant chez elle, quelque chose la pousse à se confesser à son mari. C'est ainsi qu'elle s'exprime à ce sujet : « C'est en pleurant et en lui demandant pardon que j'ai tout avoué. Il était gentil et il m'a pardonné ».

Le lendemain, la malade se sent subitement envahie par l'idée de l'auto-destruction : « J'ai compris tout à

coup qu'il fallait que je meure pour expier, dit-elle, pensive. Je voulais aussi que mon mari meure avec moi, mais il ne voulait pas en entendre parler. En même temps je suis devenue croyante. Je comprenais que tout ce que je faisais se rapportait à Jésus-Christ. Il me semblait que si je ne mourais pas, je ferais du mal à mes parents et à tout le monde. Si je disparaissais, cela arrangerait tout ».

C'est dans la nuit du 28-29 janvier que la malade faisait sa première tentative de suicide au cours d'un raptus anxieux.

Conclusion. — Il s'agit d'une malade qui souffre d'un état de dépression mélancolique qui présente des réactions anxieuses subites avec tentatives de suicide très sérieuses et des idées délirantes d'action extérieure d'indignité et de culpabilité.

Le pronostic est sérieux.

Elle est actuellement soumise à une surveillance vigilante.

L'observation suivante est un très bel exemple de la vie affective si intense chez les enfants qui subit une recrudescence pendant la puberté, ce qui rend la tâche si difficile pour une intelligence adulte d'apprécier le degré de leur douleur et de leur désespoir.

II. — A propos d'un suicide héréditaire d'une jeune élève de lycée. (Selbstmord bei Schülern. Prof. L. Puusepp, 1926.)

Il s'agit d'un suicide par immersion.

Antécédents héréditaires : son grand-père s'est sui-

cidé de la même façon; d'autres membres de la même famille se sont également donnés la mort.

C'était une jeune fille âgée de 15 ans et de caractère très doux. Excellente élève, très aimée de tous ceux qui la connaissaient; rien ne pouvait, à première vue, expliquer cet acte de désespoir, d'autant plus que la situation financière de ses parents était brillante.

Cependant quelques lettres qu'elle a laissées reflètent son état d'âme étrange.

Voici quelques extraits :

« Mes amis. Ne plaignez pas celle qui quitte la vie bénévolement. Je sens qu'une vie meilleure m'attend. Ne me pleurez pas, mes chers amis — je ressens un tel vide — je suis contente que mes souffrances morales (seelische Qualen) me poussent vers la mort. Je crois en Dieu. Je crois à l'immortalité de l'âme. »

Lettre à son amie X... :

« J'étais bonne, j'ai été aussi mauvaise. Je crois que tu verseras quelques larmes pour moi. Ne le fais pas pour moi, ni pour le repos de mon âme, mais pour mes parents qui souffrent cruellement en ce moment.

« Je n'ai, hélas ! pas compris de faire du bien. Sais-tu, c'est si beau de mourir quand on est jeune, de s'en aller de plein gré au moment où les feuilles poussent et où le soleil envoie ses rayons chauds sur la terre. Ce qui me paraît pénible, c'est de faire souffrir d'autres personnes. Mais que m'importe. Je ne peux pas vivre comme les autres veulent. Je vis ma vie. C'est mon privilège. »

Lettre à ses parents :

« Adieu, je quitte la vie, car je suis lasse de vivre

comme je suis lasse de tout ce que je vois. Je n'ai jamais désiré la vie. Ne me pleurez pas. Il vaut mieux pour moi que ça soit comme ça.

Je vous demande une faveur : mettez-moi la dernière robe. »

C'est en effet pendant une belle journée de printemps, « au moment où les feuilles commencent à pousser et que le soleil envoie ses chauds rayons sur la terre », que cette jeune élève a cherché et trouvé la mort.

— L'observation suivante offre un intérêt particulier car d'une part elle montre combien le diagnostic différentiel entre suicide et homicide peut devenir difficile dans certains cas et d'autre part elle pose le problème extrêmement délicat du suicide « favorisé » par la famille du malade.

III. — Une tentative étrange de suicide chez un mélancolique anxieux présénile (R. Dupuyet et H. Pichard, *Annales de la Société Médico-Psychologique*, 1932).

— M. X..., 68 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle pour la première fois le 16 avril 1932 pour un état dépressif et anxieux. Déprimé depuis deux ans et demi déjà son état s'est récemment aggravé à la suite de difficultés d'ordre économique; il tient, en effet, avec un associé un atelier de gravure très touché par la crise des affaires.

Il cherchait déjà à se suicider il y a deux ans; il voulait se jeter du haut de la colonne de la Bastille et a dû en être empêché. Plus récemment il tentait de se tuer

en s'enfonçant une lime de graveur dans la tempe. Les deux tentatives étaient marquées d'une certaine ostentation; il les a accomplies en présence de tiers dans des conditions telles, nous dit sa fille « qu'il ne semble pas avoir eu vraiment l'intention de réussir ».

Hospitalisé sur la demande de son associé il se comporte dans le service comme un déprimé mélancolique sans délire franc, avec des vagues idées d'incurabilité, quelques paroxysmes anxieux et des idées avouées de suicide. Cet état évolue sur un fond d'affaiblissement intellectuel qui se caractérise par la bradypsychie, de la dysmnésie, de l'aprosexie. Très lucide cependant, il attribue sa dépression à des motifs parfaitement réels, ses soucis d'affaires et ses préoccupations d'avenir d'une part la mésentente avec sa famille d'autre part.

Cet affaiblissement intellectuel est lié à un état d'artériosclérose; le pouls est dur et vibrant, le cœur est augmenté de volume et la radioscopie montre une aorte opaque, un pédicule vasculaire élargi et des nappes de sclérose prémédiastinales. L'aspect général est d'ailleurs celui d'un vieillard. Les réactions humorales enfin sont négatives.

Ce qui frappe cependant dans l'attitude du malade, c'est l'exagération de sa présentation mélancolique, l'outrance de ses souffrances alléguées. « Faites-moi mourir », dit-il, au médecin qui l'interroge. Il nous interpelle au passage soucieux d'attirer l'attention sur lui et sur son désir de la mort, paraissant se complaire à une sorte d'exhibition mentale et exigeant presque l'exécution par nous de l'acte qu'il demande. Il y a là tout un syndrome morbide d'allures constitutionnelles dont la nature est confirmée par son histoire.

Né à Vienne, naturalisé Français, il est fils d'un cordonnier, s'élève petit à petit par ses efforts tenaces, son travail acharné et consciencieux. Apprenti graveur il entre à l'Ecole des Arts Décoratifs, parcourt toute l'Europe et se fixe en France en 1893 où il monte son atelier qui connut la prospérité.

A côté de ses traits de volonté et de persévérance sa famille nous décrit son autoritarisme, son caractère difficile, renfermé, exalté, profondément egocentrique; il ne s'occupe en réalité de personne autre que lui. Il est vaniteux, asociable, imbu de sa personnalité éprouvant le besoin de se faire remarquer, posant volontiers au martyr et à l'incompris. C'est un exalté, nous dit sa fille, avec qui il est très difficile de s'entendre. Le fond de son caractère est de se faire valoir et remarquer; au théâtre il applaudit avec ostentation, fait des gestes qui le signalent à l'attention générale. Il tient à paraître plus malade qu'il n'est pour apitoyer son entourage et se faire dorloter. Il aurait enfin des tendances à se croire persécuté, interprétant à faux les attitudes et les paroles; il supposait récemment que son associé voulait l'éliminer.

Son comportement est celui même du paranoïaque, au surplus hypochondriaque se plaignant toujours de sa constipation et se lamentant à ce sujet, réclamant ou exigeant sans cesse quelque chose. Dans le service il soutient qu'il ne va pas à la selle depuis huit jours, qu'on ne s'occupe pas de lui, qu'on ne le soigne pas; il refuse de se lever pour qu'on fasse son lit et se plaint ensuite que celui-ci n'ait pas été fait.

Ajoutons que la famille qui nous dépeint les tares morales avec passion et le charge avec haine ne com-

prend rien à son état actuel. Elle n'y voit que simulation et prétend qu'il veut faire semblant d'en finir pour échapper à ses responsabilités.

C'est dans cet état d'esprit que le 9 mai 1932 sa fille vient réclamer la sortie du malade, traité en service ouvert. Prévenue de la gravité de l'affection et de ses conséquences possibles, elle persiste dans sa décision en alléguant son incapacité d'assumer les frais d'hospitalisation. On ne peut donc procéder à un placement volontaire non plus qu'à un placement d'office en présence de l'opposition familiale à tout internement. Le malade est donc rendu à sa famille, sous la responsabilité de celle-ci et contre avis médical, ce qu'elle accepte de déclarer par écrit.

Trois jours après, le 12 mai 1932, le malade fait une nouvelle tentative de suicide, dans des conditions très particulières. Dans son propre atelier il introduit sa tête entre les mâchoires de l'étau qui sert à son travail de graveur et serre la vis de l'instrument jusqu'à ce qu'il sente littéralement son crâne éclater. Transporté d'urgence à l'hôpital Cochin, on constate une fracture du crâne avec enfoncement du temporal et du frontal, détachement du rebord orbitaire supérieur. La dure mère est ouverte. Cependant l'on ne pratique pas de trépanation. On l'adresse le 3 juin à l'hôpital Henri-Rousselle où il est hospitalisé pour la deuxième fois, en attendant son placement à l'asile.

Si cette étrange tentative de ce malade avait abouti et que l'on eût trouvé celui-ci mort, la tête broyée entre les mâchoires d'un étau eût-on facilement admis le suicide et n'eût-on pas plutôt pensé à un homicide?

IV. — Tentative de suicide par la hache d'un alcoolique au début d'une paralysie générale (Laignel-Lavastine, Georges d'Hencqueville et Michel Gautier. *Annales de la Société Médico-Psychologique* 1934).

— Le malade, N..., âgé de 45 ans, présentait depuis un an des modifications de l'humeur, devenait violent, perdait en conséquence, son emploi de contrôleur de la S.T.C.R.P. Vagues idées délirantes de préjudice. Mais la nuance mélancolique domine; le malade travaille avec ténacité à se détruire. Il se procure un revolver qui lui est confisqué. Il se taillade le côté droit du cou avec son rasoir.

Enfin profitant d'un instant d'inattention de son entourage, il saisit une hachette à deux mains et se frappe le crâne à douze reprises avec le tranchant. Le cuir chevelu est entaillé profondément, mais le crâne résiste et n'est pas entamé.

A l'hôpital, il apparaît en état de stupeur, inerte, la face inexpressive, l'œil fixe, les paupières sans battement. Semi-mutisme. En insistant longuement, on obtient néanmoins quelques réponses pénibles. On peut ainsi mettre en évidence, chez ce malade, un affaiblissement intellectuel avancé; désorientation totale, difficulté extrême des associations; l'écriture et le calcul automatique sont conservés. Aucune explication, aucune indication, verbale ou mimique, sur les tentatives de suicide.

L'examen physique révèle l'existence d'un syndrome de paralysie générale : signe d'Argyll-Robertson, exagération diffuse des réflexes, trémulation discrète au niveau des doigts, de la langue et de la face, surtout à

gauche, achoppement des mots d'épreuve. Force musculaire et sensibilité peu diminuées.

Bruits du cœur normaux; tension artérielle: 18/7 à l'oscillomètre. Foie augmenté de volume, percutable sur sept travers de doigts, débordant en bas le rebord costal.

Liquide céphalorachidien : sous tension; albumine 0,55; sept lymphocytes; réactions spécifiques positives; benjoin colloïdal : 0001, 2022, 2221, 0000. L'hypothèse de méningo-encéphalite diffuse spécifique n'est plus douteuse; on apprend, du reste, par la suite, que le malade a reçu plusieurs traitements d'arsenobenzols.

Il faut noter qu'à la suite de la ponction lombaire, l'aspect du malade s'est transformé; il s'est dégagé de sa stupeur, sa physionomie s'est animée, il marmonne à présent toute la journée des paroles décousues.

Cette observation est également d'un très grand intérêt. Il s'agit d'une tentative de suicide par la hache, que l'on n'observe qu'exceptionnellement et qui témoigne, en quelque sorte, d'une perversion intellectuelle ou affective très prononcée. On peut se demander aussi quels rôles ont respectivement joué l'affaiblissement démentiel de la paralysie générale et la déviation affective si particulière et propre à l'alcoolisme chronique.

CÔNCLUSIONS

1° Le suicide chez les aliénés est toujours un suicide pathologique.

2° Il s'observe surtout à la période dépressive de la psychose maniaque dépressive.

3° La technique au suicide est variable. La variété des lésions observées sur le cadavre permet souvent le diagnostic rétrospectif de la maladie mentale.

4° Le suicide des aliénés est d'autant plus un phénomène antisocial que le malade, avant d'attenter à sa propre vie, peut mettre en danger la vie d'autres personnes.

5° En présence d'un aliéné présentant des idées de suicide, idées généralement très tenaces, l'internement et une surveillance très serrée s'exerçant pendant nuit et jour par un personnel spécialement éduqué à cet effet, constituent une indication urgente.

Vu : *Le Doyen,*
M. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
M. H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- G. DENY et P. CAMUS. — La psychose maniaque dépressive (1907).
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ et DELMAS. — La pratique psychiatrique.
- LÉVY-VALENSI. — Précis de psychiatrie.
- E. DURKHEIM. — Le suicide : étude de sociologie.
- A. DELMAS. — Psychologie pathologique du suicide (1932).
- Ch. BLONDEL. — Le suicide. (Strasbourg, 1933.)
- PFEIFFER. — Ueber dem Selbstmord (1912).
- Ivan STCHOUKINE. — Le suicide collectif dans le Raskol russe.
- Hans ROST. — Bibliographie des Selbstmords (1927).
- LÉVY-VALENSI. — Suicide et homicide pathologique. (Progrès Médical, 1928.)
- Le suicide pathologique. (Le Jeune Médecin, 1935.)
- L. PUUSEPP. — Selbstmord bei Schülern. Dorpat, 1926.)
- A. RODIET. — Placement familial des aliénés et suicide. (Annales publiques d'Hygiène et de Médecine Légale, 1915.)
- Ceux qui veulent se tuer. (Progrès Médical, 1932.)

- Tentative de suicide chez une aliénée par déglutition d'un fragment d'os de côtelette. (Progrès Médical, 1912.)
- L.P. CLARK. — A Study of the incouscious motivations in Suicides. (New-York Medical Journal, 1928.)
- P. COURBON. — Psychophysiologie du suicide. (Annales Médico-Psychologiques, 1934.)
- HALBWACHS. — Le suicide et les maladies mentales. (Revue Philosophique, 1929.)
- Ch. ACHARD. — Le médecin devant le suicide. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1930.)
- CRICHTON MILLER. — The Psychology of Suicide. (British Medical Journal, 1931.)
- NORWOOD EAST. — Suicide from the medico-legal aspect. (British Medical Journal, 1931.)
- Sir HUBERT BOND. — The Suicide from the Sociological Aspect. (British Medical Journal, 1930.)
- E. FÖRSTER. — Wann muss der praktische Arzt die Suizidneigung vermuten und wie verhält er sich dann. (Münchner Medizinische Wochenschrift, 1933.)
- A. ALLAMAGNY. — Curieux procédé de suicide chez une aliénée. (Annales de Médecine Légale, 1923.)
- H. CLAUDE et P. MASQNIN. — Tentatives amnésiques de suicide au cours d'états obsessionnels. (Bulletin de la Société Médico-Psychologique, 1932.)
- FRIBOURG, BLANC et P. MASQNIN. — Tentative de suicide au cours d'un état second chez un obsédé anxieux. (Société Médico-Psychologique, 1932.)

- E. ROSSI. — Los Suicidios de niños y la profilaxis mental. (Revista Argentina de Neurologia, 1927.)
- J.C. VIVALDOS Y BARRANCAROS. — Suicidio y Demencia Precoz. (Revista Argentina de Neurologia, 1927.)
- ABDERRAHMAN. — Du suicide émotif et du suicide non pathologique. (Thèse de Paris, 1933.)
- FISCHER. — Rapports médico-légaux entre suicide et assurance-vie. (Thèse de Paris, 1934.)
- LE SAVOUREUX. — Le spleen. (Thèse de Paris, 1913.)
- R. DUPUY et H. PICHARD. — Une tentative étrange de suicide. (Ann. Medico Psychol., 1932.)
- LAIGNEL-LAVASTINE, Georges D'HENCQUEVILLE et Michel GAUTIER. — Tentative de suicide par la hache au début d'une paralysie générale. (Ann. Med. Psych., 1934.)
- P. SCHIDLER. — The Image and Appearance of the Human Body. (Londres, 1935.)

IMP. CENTRALE, 5, RUE ERARD, PARIS. TÉL. DID. 49-82.
